

# Relación médico · paciente: El arte al servicio de la ciencia

**Dra. María del Carmen Ochoa P.**

Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay.  
Especialista en Medicina Interna y Medicina Ayurveda. Miembro  
del Comité de Ética de la Universidad del Azuay

Aunque tenga profundos conocimientos académicos, si el médico no entra en el corazón del paciente con la llama del amor y la luz del conocimiento, no puede tratar de forma adecuada la enfermedad.

***Charaka Samhita***

Hoy día, el médico presta más atención a la información de su computadora, que a los ojos llenos de ansiedad de su angustiado paciente.

***Anónimo***

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente constituye una de la más complejas e intensas, pues existe una interacción directa entre dos actores, cuyo objetivo final es el de hacer que el paciente recupere la salud, para ello requiere adherencia terapéutica, y esto va más allá de la toma de fármacos prescritos.

Cuando un ser humano siente que su salud se ha deteriorado, acude a consulta médica. En ese momento comienza a tejerse un complejo entramado de una relación interpersonal en la que uno y otro, paciente y médico, se encuentran igualmente implicados. El acto médico es en esencia una relación que se establece entre el médico y el paciente y constituye el sustrato sobre el que se asienta la naturaleza de la medicina misma.

Hasta hace pocos años la relación médico-paciente era tan natural en la práctica médica que no se hablaba de ella, no era impartida en las aulas universitarias, no se escribían artículos científicos que comuniquen la forma de ejercerla. Se consideraba un hecho su existencia, como base del trabajo del médico con el paciente, principio de lo que después se describió como el encuentro de una conciencia con una confianza. En las aulas universitarias se nos decía: “confianza ganada, media enfermedad curada”, y el tema llegaba hasta ahí.

Este vínculo ha sido conceptualizado como un contrato, no escrito y realizado entre dos seres autónomos, el mismo que puede continuar durante décadas o puede romperse en cualquier momento de la vida.

Hace pocos años se empezó a discutir sobre la relación médico-paciente, esto sucede cuando los profesionales médicos empiezan a sentir con alarma que se está perdiendo.

Con el avance de la ciencia y la tecnología el acto médico depende en gran parte del uso de métodos más eficientes de diagnóstico y tratamiento, y parecería aparentemente, que la presencia curadora del médico deja de tener importancia. Frases como: “Apenas llegó usted y me sentí mejor”, “Salgo de su consultorio y ya me siento curado”, eran frases dichas diariamente, y la escuchaban aquellos cuyo mandil blanco era sinónimo de total entrega a los pacientes.

### **Deterioro de la relación médico - paciente**

Los eventos ocurridos en toda la historia de la humanidad, y los cambios sociológicos, culturales, políticos y científicos han modificado esta relación, sin embargo, no se podría reemplazar su existencia ni obviar su aspecto íntimo, pues lo hacen a riesgo de comprometer el objetivo mismo de la medicina que es el hombre en su integridad biopsicosocial.

Cabe efectuarse una pregunta: ¿es válida la preocupación del porque se esté perdiendo esta relación? ¿Son los grandes adelantos de la ciencia y tecnología aplicadas a la medicina suficientes para curar? Existen datos que afirman lo contrario. Es importante señalar, que en la época en la que el médico atendía a sus pacientes con pocos recursos no habían demandas por mala práctica médica. Las demandas se deben en gran parte a la pérdida de esta relación, sustentada en principio en la gran confianza de los pacientes a los médicos. Estamos viviendo un momento histórico de profunda reflexión, darnos cuenta quienes ejercemos la medicina, sobre cómo ejercer la medicina con valores humanos sin perder la orientación científica.

Las demandas son la negación del principio básico de la relación médico-paciente. Pues hay elementos que interrumpen una relación que debe ser de respeto mutuo. No son elementos interruptores el avance en ciencia y tecnología, pero sí lo es la organización actual de la medicina que tiene que ver con lo compleja que se ha vuelto a la luz de estos avances.

La presión laboral a la que el médico es sometido sobre todo en instituciones públicas, determina que el tiempo de consulta sea corto, y con esto el paciente no necesariamente sale satisfecho de este encuentro, busca otras opiniones médicas tratando de compensar lo que no encontró en la primera, y la indecisión hace que muchas veces se refleje en una conducta inadecuada. De ahí otro aforismo médico: “un médico cura, dos confunden, tres matan”, basado en la desconfianza.

En el análisis global de la relación médico-paciente se han visualizado dos niveles: uno técnico y otro interpersonal. El primero comprende todos los actos que involucran la consulta propiamente dicha, desde la ejecución de la anamnesis, relatando detalladamente la evolución de los síntomas, hasta los procedimientos

que se ponen en marcha, primero para el correcto diagnóstico y luego las diversas formas de tratamiento. El segundo nivel es el que se refiere a la atmósfera en que se dan los hechos y que marca el carácter de la verdadera relación que se establece entre los actores: médico y paciente, es en donde nace la naturaleza de su vínculo.

### **Características de la relación médico-paciente**

Ahora bien, el elemento fundamental para una buena relación es la confianza, y este primer paso lo inicia el paciente al escoger a un médico para confiarle su bien más preciado: su salud. El paciente cuenta con que su enfermedad y algunos aspectos de ella permanecerán solo en el conocimiento de él y de su médico, lo que corresponde a la regla ética de la confidencialidad. Hace algunos años el médico dependía, en un grado mucho mayor que ahora de su habilidad para acercarse al paciente, el diagnóstico se establecía con los datos que este proporcionaba y en los signos de enfermedad que pudiera recoger en el examen físico. Los exámenes de laboratorio se solicitaban para confirmar o descartar el diagnóstico. En la actualidad el médico depende mucho de métodos diagnósticos, que determinan con mayor precisión. Sin embargo, pueden alejarle de la parte humana intangible que en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es muy importante.

El paciente acude a la consulta con toda una historia clínica reciente o

remota, con mucha expectativa sobre lo que el médico le va a decir, el profesional entrega los conocimientos y destrezas que adquirió en las aulas universitarias, y es en este momento en donde inicia una relación interpersonal.

El primer saludo al estrechar una mano desconocida, mirar a los ojos a un ser humano que en muchas ocasiones está angustiado. Las primeras palabras y el lenguaje gestual comienzan a generar los primeros intentos de aproximación entre dos seres humanos, en donde se enfrenta la experiencia del uno y el temor del otro, y un objetivo común: restaurar la salud de uno de ellos.

Se inicia el primer diálogo, para un médico adiestrado el decir: "¿en qué le puedo ayudar?" es un momento de decir: "estoy a sus órdenes". El paciente indica el motivo la consulta con toda la carga de angustia y de ansiedad que generalmente conlleva, la disposición a acceder al obligatorio examen físico, el contacto manual e instrumental con la revelación de la intimidad corporal que ello implica. Los primeros comentarios sobre la presunta naturaleza de la dolencia y los pasos a seguir, constituyen y proporcionan los eslabones de esta relación que es un acercamiento tanto humano como científico. En este acto aparentemente sencillo dentro del plano humano es infinitamente grande ante la dimensión espiritual de la medicina: que es la vocación de servicio.

En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente que el paciente no tiene dañado solo un órgano,

sino que se enferma de manera integral. En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él, su familia. Por todo ello no es vano recordar una máxima médica que señala: “El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar”.

Así se establece un acto médico, con la sinceridad de cada acción, la delicadeza de cada maniobra, la palabra justa en ejecutar las preguntas adecuadas, la espontaneidad de cada gesto. Es evidente que se va construyendo un vínculo afectivo de enorme trascendencia. Es cierta la sentencia de Von Leyden que indica “el tratamiento comienza cuando se le da la mano al paciente”. Resulta también muy lúcida la reflexión de Balint (1971) que afirma que el médico es por sí mismo la primera medicina.

Esta relación interpersonal que analizamos no se produce aisladamente en el mundo y no es posible solo considerarla prescindiendo que los dos seres humanos que se encuentran: médico y paciente, son entes sociales y como tales desarrollan sus actividades. El proceso de acercamiento, de diagnóstico y de tratamiento acaece en un medio social que los condiciona e influye. En una visión global de las formas posibles de abordaje de la enfermedad no debe descuidarse los aspectos interpersonales que se establecen en la relación médico-paciente, su influencia a veces decisiva en el resultado terapéutico y la interrelación de factores

concurrentes sociales y psicológicos que modifican su evolución y pronóstico. Los roles que cada uno tienen y desempeñan en la sociedad en relación al papel que les toca afrontar en este encuentro son determinantes de derechos, deberes y obligaciones que influyen en la conducta de ambos.

### **El final de la relación médico - paciente**

La terminación de la relación médico-paciente puede darse por la falta de colaboración del enfermo o sus familiares, falta de empatía o incompatibilidad en sus valores morales, imposibilidad física o técnica del médico para atender al enfermo, falta de los recursos materiales y humanos para una adecuada atención, interferencia de los familiares, persona responsable u otros médicos, petición explícita del enfermo, familiares o del propio médico. Y es cuando en un análisis sincero con uno mismo lograr internalizar los procesos que determinaron esta circunstancia para que si bien la relación médico-paciente finaliza, siempre pueda desde un nivel de consciencia reconocer que se hizo todo lo posible por el paciente.

Los modos externos que forman parte de la asistencia médica han cambiado visiblemente: la entrevista médica. Con un examen físico semiológico prolongado, profundo y meticuloso que procuraba desentrañar con el más completo despliegue los más certeros signos de enfermedad, ha sido casi reemplazado por

un conjunto de exámenes complementarios, a veces invasivos, en la búsqueda de números o imágenes que indiquen la fría presencia de alguna alteración que pueda rotularse como patológica. Estos cambios en la consulta responden a la influencia permanente de una compulsiva complejización en el examen médico que ha provocado una disminución en el tiempo de la entrevista, una relativización en el interrogatorio, muchas veces con mayor preocupación a llenar datos de un programa de computación, esto conlleva a un distanciamiento en el contacto físico, y más aún la interposición de una infinita cantidad de estudios y de interconsultas con especialistas que conducen a veces a la pérdida de la idea directriz que toda presunción diagnóstica debe tener.

Actualmente ante esta problemática favorecida por la complejidad de la medicina y los sistemas de atención médica, se ofrece como única alternativa válida la organización de la asistencia a través de médicos de cabecera o de familia que tienden a centralizar la atención primaria de la persona.

La vigencia del principio de autonomía y la concepción actual de la beneficencia en medicina han determinado nuevas formas de conducta hacia el paciente. Tradicionalmente y desde Hipócrates el quehacer médico era destinado a proporcionar el bienestar al paciente y ese bien era el determinado por la medicina. Hasta hace pocos años no se discutía la "orden del doctor", el médico era no solo dueño del saber sino también quien le decía al

paciente que era lo mejor, esta ha sido la base del paternalismo médico. El reconocimiento de la capacidad y el derecho de las personas sanas o enfermas de decidir su propio bien, físico o moral ha significado reconocer en el ámbito médico, el derecho a la propia decisión personal de los pacientes. Aunque la misma palabra paciente contiene la carga semántica de la paciencia, su reconocimiento como un sujeto activo y no pasivo le impulsa a intervenir, con un distinto rol, y por tanto a reconocer la autonomía que aparece así, como una nítida forma del ejercicio de la libertad individual.

### **Cambios en el abordaje con el paciente**

La participación activa de los pacientes en las decisiones que afectan su propia vida, significó la finalización de la época paternalista de la medicina en la cual solo el médico era reconocido como quien era capaz de determinar lo que era mejor para el paciente. La sociedad, y en el ámbito amplio del reconocimiento de los derechos civiles de las minorías, institucionalizó por primera vez este principio en la primera Declaración de los Derechos de los Enfermos, realizado por la Asociación Americana de Hospitales en 1973. La aparición de toda una tecnología capaz de ofrecer alternativas de vida de diferentes calidades y cualidades fue decisiva para la traslación a la medicina del reconocimiento pleno de la autonomía de los pacientes.

Así surgió el protagonismo de la persona como decisivo para examinar sus preferencias sobre la calidad de vida deseada y sobre el respeto que debe exigirse de sus propios valores y principios morales. Para que este principio sea correctamente ejercido el paciente debe estar en condiciones psíquicas y físicas para poder decidir, es decir, debe ser competente al momento de tomar la decisión. También debe ser correctamente informado sobre toda su situación médica, sus alternativas evolutivas y probables tratamientos. Deberá asimismo asegurarse la comprensión plena de toda la información suministrada y su determinación final será absolutamente voluntaria, libre de coacciones y en pleno uso de sus facultades intelectuales. Esto es lo que constituye el consentimiento informado, siendo el mecanismo legal destinado a proteger el libre ejercicio de la autonomía del paciente.

Debemos reconocer que hay dos aspectos completamente diferentes en estos cambios. Uno de ellos altamente positivo y otro negativo que puede invalidar los grandes adelantos mencionados y gestar la pérdida de los valores de antaño. El cambio positivo se refiere al avance hacia una medicina social, en beneficio de la colectividad, organizada para atender a todos los habitantes de un país. El cambio negativo del paradigma es la conversión de una profesión eminentemente humanística y de compromiso social, a una medicina concebida como una empresa, en donde se debe buscar en muchas ocasiones el rédito de los inversionistas. En

el cambio positivo, hay también diferencias, y por ellos se han creado entidades gubernamentales como el Seguro Social para extender esta cobertura a todos los habitantes, lo cual transformaría el modelo de salud, sin embargo, hasta el momento actual no ha sucedido así.

### **La medicina: la ciencia y el arte**

Considerar a la medicina como una ciencia y al médico como un científico, prescinde de la importancia del acto médico como eje esencial de la práctica de la medicina. Ignora la existencia de un sistema de valores y de la posibilidad de elección frente a distintas alternativas igualmente válidas y del impacto negativo que una sistematización tecnológica conlleva en el resultado final.

¿Cómo conciliar de modo armónico y coherente todos estos cambios, que tienen vertientes muy positivas para el progreso, para que no actúen en desmedro de la relación entre el médico y el paciente? Ante todo, resulta primordial el reconocimiento expreso que este vínculo es el núcleo central del acto médico y que solo a través de su enriquecimiento afectivo, cognoscitivo, e intelectual podrá alcanzarse la meta deseada. La búsqueda incesante de una medicina centrada en el paciente por oposición a aquella basada en la enfermedad podrá enriquecer el logro del objetivo de la práctica médica.

¿Cómo indagar sobre la naturaleza íntima de la relación interpersonal que se establece entre el médico y el paciente a

propósito de este encuentro en que los coloca su particular situación vivencial? Esta pregunta tiene respuesta válida si a priori creemos que entre ambos se genera un lazo afectivo. Pero antes debemos admitir que en este tiempo alguna acción médica es posible en ciertas circunstancias, aún sin el establecimiento de ninguna relación afectiva y sin siquiera comunicación alguna, como cuando se efectúa un diagnóstico a través de un examen único, físico o complementario, o cuando un cirujano opera un paciente que casi no conoce y con quien no tuvo ni siquiera contacto previo.

### **Circunstancias que influyen en la relación médico-paciente**

Las condiciones de trabajo del médico son claramente distintas de las que existían en épocas anteriores. Hoy tiende a ser un empleado en las instituciones públicas y privadas, a trabajar en medio de carencias e incomodidades. El salario en muchas ocasiones es insuficiente para resolver las necesidades personales y familiares y le obliga a tener varios empleos, claramente esto influye en la eficiencia. Además, ha aumentado la exigencia del paciente y la sociedad, de tal manera que el trabajo del médico se realiza con la amenaza permanente de demandas por mala práctica médica.

El paciente ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y es cada vez más frecuente que defienda su capacidad de autodeterminación contando con

el apoyo de la familia. La moderna bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que pueden incluso negarse a seguir las prescripciones del médico si no le parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen.

La transición epidemiológica ha favorecido la acumulación de pacientes con enfermedades crónicas y es en estos casos cuando su participación es primordial y la iniciativa del control y manejo la tiene el enfermo, quien debe saber qué hacer ante diversas circunstancias que ya le ha tocado vivir y experimentar. El papel del médico es de un asesor y educador que permite al enfermo tomar decisiones adecuadas, y en el mejor de los casos decisiones conjuntas.

Por otra parte, la sociedad se ha vuelto desconfiada ante todo lo que la autoridad representa, el paciente acude antes o después de la consulta a preguntar en redes sociales sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. En muchas ocasiones el paciente tiene una deficiente o equivocada información sobre su padecimiento, lo que más bien lo confunde y busca otras opiniones, que no necesariamente son las más idóneas.

El papel de la tecnología moderna es difícil de calcular, pero no cabe duda que ha influido en la relación médico-paciente. El médico en quien se ha atrofiado el arte médico, sufre de parálisis operativa en ausencia de los exámenes



de laboratorio e imágenes que lo apoyen. La atención médica ha incrementado sus costos, habría que insistir que estos costos mayores no dependen de que los médicos tengan honorarios o salarios más altos. La economía ha invadido, el campo de la salud, puesto que esta tiene que ser rentable. De las utilidades se benefician hoy muchas personas que no siempre son el médico y el paciente. Los sistemas que administran la atención médica no siempre están enfocados a la calidad en su sentido más amplio y si bien se han multiplicado no por ello han alcanzado mayor eficiencia.

La personalidad del paciente ante una enfermedad que lo irrumpe agudamente, que lo acompaña desde hace muchos años, o que le provoca un sufrimiento insoportable condicionarán distintas modalidades reaccionales de defensa que van desde la negación y regresión hasta la adopción de conductas depresivas o persecutorias. El médico a su vez se conduce con hábitos dependientes de su situación personal y del grupo médico de pertenencia de donde procede y de aquellos otros de referencia con quienes desea identificarse.

El médico ejerce la práctica de su profesión con todo su saber técnico al servicio del paciente que le solicita su ayuda ante la sensación de la enfermedad que le aqueja. En este encuentro se expresa vocación de ayuda por parte del médico y confianza por parte del paciente. La cualidad y profundidad de esta vocación y de esta confianza delinearán el

compromiso afectivo que implicará cada relación. Los valores y creencias de cada uno juegan un papel determinante en este momento en que la mutua comprensión y conocimiento impregnan este compromiso. El intercambio de emociones y de afectos que se produce en cada momento del proceso diagnóstico y terapéutico despierta una forma peculiar de afectividad entre el médico y el enfermo. La existencia de una relación afectiva se percibe cuando se generan acciones y sentimientos hacia aquellas personas más allá del médico como técnico en su caso y del paciente que se presenta con su realidad de enfermo.

La confianza del paciente posee componentes que son en cierto modo ajenos al médico y que dependen de su conocimiento sobre el progreso científico de la medicina, de la posibilidad siempre existente de encontrar una solución técnica para cada situación y de cierta infalibilidad en el juicio médico. En este caso el médico resultaría un mero intérprete y simple ejecutor de la verdad técnica. En otros casos la confianza toma un carácter personal y como persona y llena toda la relación con un halo de creencia y fe en las cualidades sanadoras del profesional, en quien con total entrega depositará toda su intimidad. A veces, inicialmente la confianza técnica supera a la personal cuando una personalidad arrogante no contenida por el médico, dificulta el establecimiento de un vínculo afectivo.

La actitud del médico no siempre está referida con intensidad a su vocación

de ayuda hacia al prójimo. La figura omnipotente del médico frente a la pasividad y el temor del paciente puede alejar en el comienzo las posibilidades de su acercamiento íntimo. A pesar de intentar siempre el beneficio del paciente en él siempre subyace su propio compromiso con su saber, el deseo de su éxito personal, de su prestigio y hasta del propio lucro.

### **La sana relación médico-paciente**

Lain Entralgo afirma sobre el momento afectivo de la relación médica: “¿Qué efectos produce en el alma del médico y en la del enfermo su mutua relación? ¿Cómo se realiza afectivamente en uno y en otro la cuasi diada que ambos constituyen?”. Cuando la asistencia médica es lo que debe ser el vínculo que entre sí une al médico y al paciente es el amor especificado como amistad médica. Su existencia cierta se observa cuando la continuidad de relación lleva la confianza plena de la vida personal del paciente, de sus proyectos, de sus afectos íntimos y de cada rasgo de su vida en relación a la posible evolución de su salud.

En la amistad, la vinculación es la de un paciente con el médico, no en función de terapeuta sino como persona. Aquí la afectividad es entendida como una relación interpersonal siendo posible su existencia sin transferencia en sentido psicoanalítico. La vinculación transferencial y la amistad son dos formas de afectividad interhumana cualitativamente

distintas entre sí. La transferencia es un fenómeno instintivo y la amistad en cambio es un fenómeno personal.

En la relación afectiva entre médico y paciente y en especial cuando se constituye la verdadera amistad se identifica la existencia de tres aspectos fundamentales en la misma: la comprensión humana del médico, la confianza del paciente y el concepto de beneficencia. En la vida cotidiana, a menudo, para entender al otro, para comprender lo que siente, pensamos qué sentiríamos nosotros en una situación similar. La identificación proyectiva nos permite poner en el otro partes, experiencias, sentimientos o fantasías de uno mismo para luego identificarnos con el otro y sentir lo mismo que el otro. Este proceso, para ser realmente eficaz en la asistencia médica debe complementarse con la capacidad de ser receptivo y ser capaz de recibir lo que viene del otro como algo diferente a nosotros mismos y que sin embargo podemos admitir en nosotros sintiéndolo como nuestro. Y de ahí la máxima de para actuar correctamente hay que ponerse en los zapatos del otro.

Una ética del cuidado predominará en el acto médico cuando ya no existan acciones médicas posibles para la curación. La pulsión del amor, de querer y ser queridos, está presente en la amistad médica como un requerimiento inexcusable desde el paciente y también desde el médico. Toda esa inmensa confianza se traduce en la solicitud implícita de confianza que cubre y protege todo el conocimiento de la intimidad de los conflictos

y de los problemas que el paciente le ha confiado. Comprender al paciente de su más íntima circunstancialidad es imperativo en el quehacer médico, reconocer su temor aunque fueran infundados, aceptar sus carencias incluso de afecto, es hacer del acto médico un momento de profunda reflexión para el médico y para el paciente.

Respecto de la beneficencia será más llevadera cuando la amistad entre médico y paciente, se efectúa si se comparte un cierto número de objetivos y de valores. En este caso y en el marco de una bioética correcta, será que la visión del bien que debe compartirse es que éste responda a los deseos y preferencias de cada uno y no al paternalismo médico, salvo que éste fuera explícitamente requerido. El paciente persigue su propia salud como un bien íntimo y subjetivo, y se nutre en el caso del médico por la satisfacción personal de su vocación, al servicio del prójimo se ha cumplido.

En las actuales circunstancias del conocimiento científico aplicado al desarrollo de nuevos y variados métodos de diagnóstico y tratamiento, y de la evolución del concepto de protección de la dignidad de la persona enferma para decidir autónomamente sobre la elección de su destino y de su vida, corresponde avanzar sobre un modelo de relación social que Veatch ha llamado contractual o de negociación entre el médico y el paciente. La toma compartida de decisiones establecerá un marco de referencia donde se tejerá una red de compromisos

y fijación de límites y fronteras dentro de los cuales se confiará al médico el manejo operativo de la conducción diagnóstica y terapéutica.

El ejercicio de la medicina seguirá siendo siempre un arte que combina conocimiento científico, destrezas y habilidades y comprensión humana. La ciencia, la técnica y el amor deberán siempre conjugarse armoniosamente en la actividad médica.

### **El protagonismo de las facultades de medicina**

Las facultades de medicina forman seres humanos otorgando conocimientos académicos de excelencia, actualizados con las fuentes bibliográficas más recientes, siguiendo protocolos y guías de los más altos estándares mundiales. Esto determina que los jóvenes profesionales al graduarse, puedan acceder a postgrados en universidades con rankings mundiales reconocidos.

Quienes trabajamos en docencia, estamos obligados a que esto vaya de la mano de una formación humana a prueba de todos los fuegos cruzados que tiende el mundo materialista, y que se concedan espacios de formación de valores, para rescatar lo que en principio un acto médico es, y no se convierta en un encuentro frío de prescripción farmacológica.

Siempre será bueno recordar la cita de Maraón: "Solo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón

de que trabajamos con instrumentos imperfectos, remedios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega

siempre el amor” y únicamente así se podrá decir que la práctica médica cumple los objetivos para los cuales fue creada.

## Referencias bibliográficas

- Gutiérrez S. (2012) “Relación médico-paciente”. En: Cote Estrada L. Olvera Pérez D. (2017) *Cirugía en el paciente geriátrico*; México: DF. Editorial Alfi I. pp. 707-713.
- Geyman J. (2014) *The corrosion of medicine: Can the profession reclaim it's moral legacy?* Common Courage Press.
- Balint M. (2015) *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Callahan D. (2002) “Ethic committees and social issues: potentials and pitfalls. Cambridge quarterly of Healthcare ethics”. En Gracia D. (2002) *La práctica de la medicina. Medicine. Tratado de Medicina interna*. Barcelona: Ed. Doyma pp. 2-10.
- Cambridge quarterly of Healthcare ethics”. En Gracia D. (2002) *La práctica de la medicina. Medicine. Tratado de Medicina interna*. Barcelona: Ed. Doyma pp. 2-10.
- Lain Entralgo P. (2000) *La relación médico enfermo*. Madrid: Ed. Alianza Universidad.
- Frawley D. (2001) *Ayurvedic Healing*. Wisconsin: Lotus Press.